

氯吡格雷联合愈心痛胶囊治疗不稳定心绞痛 30 例临床观察

乔瑾 左从岭 程叶耕

(安徽省白湖医院 庐江 231508)

摘要:目的:观察氯吡格雷联合愈心痛胶囊治疗不稳定心绞痛的临床疗效。方法:将 60 例符合不稳定心绞痛诊断标准的患者,随机分为治疗组(30 例)和对照组(30 例),治疗组在常规诊疗的基础上口服氯吡格雷及愈心痛胶囊;对照组在常规治疗基础上口服氯吡格雷及银杏叶片。治疗 3 个月观察其心电图疗效以及血液流变学和血脂的变化情况,对用药前后心绞痛发作次数,持续时间,程度,硝酸甘油用量进行比较。结果:治疗组患者的心电图疗效优于对照组($P<0.05$),治疗后两组心绞痛发作频率,持续时间及硝酸甘油用量均较治疗前明显改善,两者比较差异有显著性($P<0.05$),而治疗后治疗组与对照组比较,改善更加明显,两组比较差异显著($P<0.05$)。结论:氯吡格雷联合愈心痛胶囊治疗不稳定心绞痛临床疗效显著,并能显著改善血液流变学指标,安全性高。

关键词:氯吡格雷联合愈心痛胶囊 不稳定心绞痛 临床观察

【中图分类号】R4

【文献标识码】A

【文章编号】1008—1879(2012)01—0017—02

不稳定型心绞痛(UA)属于冠心病急性冠脉综合征的一种,介于稳定性心绞痛和急性心肌梗死(AMI)之间的一种临床综合征,如果治疗不及时,易发展为 AMI 或猝死,故临床上必须引起足够的重视。我院自 2009 年 7 月至 2011 年 6 月以来在常规治疗基础上,应用氯吡格雷联合愈心痛胶囊治疗不稳定心绞痛,取得良好疗效。

1 资料与方法

1.1 一般资料。选择住院病人 60 例,随机分为治疗组 30 例,男 20 例,女 10 例,年龄 48—72 岁,平均 62.5 岁,病程 2—8 年,平均 6.5 年,伴随疾病:高血压 21 例,高脂血症 22 例,糖尿病 9 例;对照组 30 例,男 19 例,女 11 例,年龄 49—72 岁,平均 60.5 岁,伴随疾病:高血压 22 例,高脂血症 19 例,糖尿病 10 例。入选标准:所有患者符合 WHO《缺血性心脏病的命名及诊断标准》并经心电图、心肌酶、肌钙蛋白等检查,除外 AMI。排除标准:肝、肾功能损害,出血卒中,活动性消化性溃疡,血液病或有出血倾向者,血小板减少,或伴有其他严重疾病者;两组患者性别、年龄、病程、危险分层,伴随疾病等比较差异均无统计学意义($P>0.05$)。

1.2 治疗方法:两组患者住院期间均给予低分子肝素钙注射液,4000IU 皮下注射,每 12 小时 1 次,连用 7d。肠溶阿司匹林片 100mg,1 日 1 次。根据病情选用硝酸酯类、钙拮抗剂、B 受体阻滞剂、ACEI 或 ARB 类药物及调脂药,合并糖尿病患者维持原长期用药。治疗组在此基础上给予氯吡格雷(泰嘉 深圳信立泰药业股份有限公司),首剂 300mg,然后 25mg,1 日 2 次,愈心痛胶囊(吉林敖东集团大连药业股份有限公司),每次 4 粒,每日 3 次,对照组在此基础上使用氯吡格雷,首剂 300mg,然后 25 mg,1 日 2 次,联合肌苷片每次 2 片,1 日 3 次,3 个月后统计治疗结果。

1.3 观察指标。治疗 3 个月后观察心电图变化,以及血液流变学和血脂的变化情况,对用药前后心绞痛发作次数、持续时间,硝酸甘油消耗量等进行变化比较。

1.4 统计学方法。应用 SPSS17.0 版统计软件处理数据,计量资料以均数±标准差($\bar{X} \pm S$)表示,计量资料比较采用 t 检验,一般计数资料采用 χ^2 检验, $P<0.05$ 为差异有统计意义。

2 结果

2.1 心电图疗效。见表 1。心电图疗效判定标准^[1]显效:心电图恢复至正常或大至正常,有效:心电图降低的 ST 段回升 0.05mV 以上,但未达到正常水平,在主要导联倒立的 T 波变浅或 T 波由平坦变为直立;无效:治疗前后心电图对比无变化。

治疗组心电图有效 21 例,无效 9 例,有效率 70%;对照组心电图有效 18 例,无效 12 例,有效率 60%,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。两组治疗后心电图均有改善。

表 1 两组治疗后心电图疗效比较 例(%)

组别	例数	显效	有效	无效	总有效率
治疗组	30	6(20)	15(50)	9(30)	21(72)*
对照组	30	5(16.7)	13(43.3)	12(40)	18(60)

注:与对照组相比,* $P<0.05$ 。

万方数据

2.2 两组心绞痛发作效率,持续时间及硝酸甘油用量变化比较 见表 2。治疗后两组心绞痛发作频率,持续时间及硝酸甘油用量均较治疗前减少,两者比较有显著性差异($P<0.05$)。

表 2 两组心绞痛发作频率,持续时间及硝酸甘油用量变化比较($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	心绞痛发作频率(次/月)	持续时间(分/次)	硝酸甘油用量(片/天)
对照组	30	治疗前 12.53±0.72	11.6±2.1	1.91±0.86
		治疗后 5.36±0.59*	7.3±1.7*	1.21±0.72*
治疗组	30	治疗前 11.58±0.84	11.7±2.3	1.94±0.84
		治疗后 3.15±1.06*△	3.7±1.2*△	0.68±0.16*△

注:与同组治疗前比较,* $P<0.05$ 。与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

2.3 两组血液流变学变化情况。见表 3。治疗后两组血液流变学较治疗前有明显改善,两者比较差异性显著($P<0.05$),治疗后治疗组血液流变学变化与对照组比较改善明显,两组比较有显著性差异($P<0.05$)。

表 3 两组治疗前后血液流变学变化($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	全血高切黏度(mpa.s)	全血低切黏度(mpa.s)	血浆比粘度(mpa.s)	血细胞比容(%)	纤维蛋白原(g/L)
对照组	30	治疗前 7.37±0.38	13.81±3.1	2.70±0.53	46.27±2.8	5.2±0.6
		治疗后 6.25±0.37*	11.60±2.11*	1.92±0.30*	42.65±2.4*	4.3±0.5*
治疗组	30	治疗前 7.48±1.52	14.20±3.56	2.64±0.13	46.2±2.66	5.3±0.7
		治疗后 5.27±0.68*△	11.52±3.08*△	1.60±0.32*△	37.5±2.3*△	3.1±0.4*△

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。与对照组治疗后比较,△ $P<0.05$ 。

2.4 两组治疗前后血脂变化情况 见表 4。治疗后两组血脂与治疗前比较,其中 TC、TG、LDL-C 均比治疗前明显降低,差异均有统计学意义($P<0.05$),但两组之间比较则无显著性差异($P>0.05$)

表 4 两组治疗前后血脂变化情况($\bar{X} \pm S$)

组别	例数	TC(mmol/L)	TG(mmol/L)	LDL-C(mmol/L)	HDL-C(mmol/L)
对照组	30	治疗前 5.93±0.82	2.06±0.27	3.32±0.71	0.98±0.35
		治疗后 4.60±0.27*	1.48±0.33*	2.61±0.45*	1.04±0.29*
治疗组	30	治疗前 5.87±1.26	2.14±0.26	3.20±0.98	1.00±0.32
		治疗后 4.36±1.25*	1.40±0.24*	2.52±0.37*	1.06±0.26

注:与本组治疗前比较,* $P<0.05$ 。

2.5 不良反应。治疗组中牙龈出血 1 例,皮下出血 2 例,上腹部不适 2 例;对照组牙龈出血 1 例,皮下出血 1 例,上腹部不适 3 例,两组未见药物过敏现象及严重出血,血小板减少,肝、肾功能均无明显影响,两组药物不良反应差异无统计学意义($P>0.05$)。

3 讨论

UA 的发病机制十分复杂,近年研究显示,其发病机制主要是冠状动脉粥样斑块破裂,血小板聚集与粘附增加,释放血小板因子,凝血系统

成人原发性腰椎间盘突出感染的诊断和治疗

王 刚^① 孟增东^②

(云南省昆明医学院附属昆华医院 云南省第一人民医院 昆明 650031)

摘要:目的 探讨成人原发性椎间盘突出感染的病因、诊断及治疗方法。方法 回顾分析我院2009年4月至2011年5月收治5例成人原发性椎间盘突出感染患者, L2/3 2例, L3/4 1例, L4/5 1例, L3/4及L4/5双间隙1例, 均行腰椎X片、CT、MRI、血常规、血沉、C反应蛋白等检查, 术前CT引导下病灶穿刺或术后病检及细菌培养确诊。采取保守治疗1例, 2例行前路病灶清除, 前路固定, 2例行前路病灶清除, 后路固定, 术前、术后抗感染治疗。**结果:**术后症状明显缓解, 体温、血沉、C反应蛋白等感染指标恢复正常。5例患者获得6~18个月随访, 平均13个月, 感染无复发。细菌培养发现2例大肠埃希菌, 1例金黄色葡萄球菌, 1例肺炎克雷伯杆菌, 1例阴性。病理检查示大量炎细胞浸润符合感染改变。**结论:** MRI对本病早期诊断有重要价值。CT引导下病灶穿刺术对于不典型的腰椎间盘突出感染有重要意义。保守治疗除了卧床、腰椎制动、抗感染外, CT引导下穿刺病变椎间隙注射敏感抗生素也有明确的疗效; 保守治疗无效者行一期前路病灶清除、植骨, 前路或后路固定融合术, 手术疗效确切, 对治疗感染无不良影响。

关键词: 椎间盘突出 诊断 治疗 CT引导下穿刺

【中图分类号】R4

【文献标识码】A

【文章编号】1008—1879(2012)01—0018—02

腰椎间盘突出是指椎间盘及相邻终板和椎体的感染性病变, 多数因椎间盘手术或椎管内的医疗操作之后继而发生椎间隙组织感染, 称继发性椎间盘突出感染; 少数无明确的原因出现椎体间隙的感染, 称原发性椎间盘突出感染, 原发性椎间盘突出感染临床不多见, 尤其成人更少见。本院自2010年4月至2011年5月收治5例成人原发性腰椎间盘突出感染患者, 现总结分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料。本组5例, 男4例、女1例; 年龄31~65岁, 平均42.5岁; 1例为阿昌族, 1例为哈尼族, 其余3例为汉族; 3例为农民, 两例为退休职工。发病节段L2、3为2例、L3、4为1例、L4、5为1例、L3、4及L4、5双间隙感染1例。均无明确的腰背部穿刺, 封闭及手术病史。

1.2 临床表现。本组5例患者均出现腰背部反复疼痛, 伴活动受限。其中4例伴有高热, 1例伴有低热, 1例合并肺部感染。病程: 7~58d, 平均24d。查体: 腰背肌痉挛, 病变相应节段腰椎棘突及棘突间隙压痛, 叩痛; 2例下肢肌力, 感觉异常, 1例直腿抬高试验阳性, 双下肢病理征均为阴性。实验室检查: 血沉17mm/h - 82mm/h, 平均56.72mm/h, 白细胞数 $7.52 \times 10^9/L \sim 16.38 \times 10^9/L$, 平均 $12.47 \times 10^9/L$, 分类中性粒细胞高。C-反应蛋白(CRP)23.82~84.57 g/L, 平均68.83g/L。血液细菌培养阳性3例, 其中2例为大肠埃希菌, 1例为肺炎克雷伯杆菌。

1.3 影像学检查: 5例患者X线片均显示相应病变椎间隙变窄, 模糊。MRI检查均显示病变椎间盘及邻近椎体呈T1加权低信号, T2加权高信号, 椎间盘破裂与椎体终板分离等病损征象。

1.4 治疗方法。所有患者均严格卧床休息, 使用广谱抗生素, 监测体温、血沉、C反应蛋白、血常规变化。1例患者因短期保守治疗症状缓解明显行保守治疗, 治疗方法为依据细菌培养结合药敏结果输注足量敏感抗生素, 并分别行3次CT引导下穿刺病变椎间隙注射敏感抗生素。其余4例因保守治疗效果不理想行手术治疗。其中2例行前路手术, 手术方法

为前路病灶清除, 带抗生素硫酸钙人工骨植骨钢板螺钉内固定, 2例采用前后联合入路, 手术方法为先行后路椎弓根钉内固定, 再行前路病灶清除术。行手术治疗患者术后标本常规行细菌培养+药敏、常规病理检查。术后患者严格卧床休息, 输注足量敏感抗生素。体温正常、症状明显缓解后至少再应用抗生素2周。

2 结果

1例非手术治疗病例在治疗40天时症状基本消失, 血沉及白细胞数降至正常出院。该例患者合并肺部感染, 血培养为肺炎克雷伯杆菌, 现随访6月已恢复一般劳动, 无腰痛。影像学检查示相邻椎间盘形成骨桥。4例手术治疗患者术后腰痛均明显减轻, 体温3~10天恢复正常。随访6~18月, 腰部疼痛及感染无复发。病理标本细菌培养2例大肠埃希菌, 1例金黄色葡萄球菌, 1例肺炎克雷伯杆菌, 1例阴性。病理报告是大量炎性细胞浸润符合感染病变。

3 讨论

3.1 病因。原发性椎间盘突出感染有3种病因学说, 分别是细菌感染、无菌性炎症和人体自身免疫反应学说, 大多数学者认为是细菌性感染引起^[1], 多数作者认为椎间盘突出感染是血行感染, 可能与腰大肌脓肿、泌尿系感染、心血管病的导管诊治有密切联系^[2]。本组病人有1例伴有肺部感染, 并且肺部感染的细菌与椎间盘突出感染的细菌相同, 都为肺炎克雷伯杆菌, 可见椎间盘突出感染与其他系统的病变还有联系。本组患者仅有1例细菌培养阴性, 并且都有发热, CRP增高, 血沉增快, 支持细菌性感染学说。对于原发性椎间盘突出感染的病因是血源性细菌感染, 但术后细菌培养阳性率低的原因, 大多数学者认为可能与术前应用抗生素, 术中取材送检的部位、时间及量, 是否行厌氧、霉菌培养等有关^[3]。

3.2 诊断与鉴别诊断。成人原发性椎间盘突出感染的早期诊断较困难, 尤其是亚急性或慢性发病者, 腰背部疼痛伴发热是本病的主要症状, 急性发作时呈剧烈的痉挛性腰痛、骶棘肌痉挛和腰部活动严重受限^[4]。大多

活化, 促进血栓形成, 导致冠状动脉痉挛甚至完全闭塞, 引起急性心肌梗死或猝死。氯吡格雷属噻吩吡啶类化合物, 是高效的抗血小板药物, 它的作用机制主要是选择性地与血小板表面腺苷环化酶偶联的二磷酸腺苷受体结合, 防止ADP介导的糖蛋白Ⅱb/Ⅲa受体活化和继发的纤维蛋白原与糖蛋白Ⅱb/Ⅲa结合, 产生不可逆性抑制血小板聚集。本文证实愈心痛胶囊对不稳定型心绞痛具有良好的疗效, 与相关文献研究结果相似^[1]。不稳定型心绞痛属中医“胸痹”范畴, 现代中医循证医学研究表明本病的主要证候特点为气虚血瘀, 方中红参扶正固本, 使气旺以促血行, 祛瘀而不伤正; 此外, 红参还具有强心作用, 能增加心肌糖原的核糖核酸含量, 改善缺血心肌的合成代谢, 从而为缺血心肌提供物质基础。三七

活血散瘀, 现代药理研究证实: 三七的主要治疗成分, 三七总皂甙是一选择性慢钙通道阻滞剂, 能减轻钙积聚, 相关文献研究还表明, 三七总皂甙不仅可改善局部血液供应, 还具有促进缺血心肌血管再生, 保护心肌缺血性损伤的作用^[2]。诸药联合, 可以标本兼治, 攻补兼施。

参考文献

- [1] 魏珍珍. 愈心痛胶囊治疗不稳定型心绞痛的临床观察, 中华中医药杂志, 2009, 11(24): 1532-3
- [2] 张金生, 何庆勇. 三七总皂甙对不同时点大鼠心肌 VEGF、bFGF 蛋白表达的影响[J], 中华中医药杂志, 2009, 11(24): 1496-9

①王刚(1983—), 男, 大学本科, 在读硕士研究生。

②孟增东, 副教授。通信作者。